



**WELL CHILD EXAM - LATE
CHILDHOOD: 5 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 5 ЛЕТ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ)	ИМЯ РЕБЕНКА _____		КЕМ ДОСТАВЛЕН _____		ДАТА РОЖДЕНИЯ _____			
	АЛЛЕРГИИ _____		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА _____					
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:			
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Мой ребенок ест разнообразную пищу.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Моему ребенку нравится ходить в школу/дошкольное учебное заведение	
			Мой ребенок может воображать себя кем-либо в играх.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Мой ребенок различает большинство букв и может писать некоторые из них.	
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE _____		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE _____		BLOOD PRESSURE _____		Diet _____		
<input type="checkbox"/> Review of systems		<input type="checkbox"/> Review of family history				Elimination _____		
Screening:		MHZ	R	L	Sleep _____			
Hearing Screen		4000	_____	_____	<input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead Exposure <input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish <input type="checkbox"/> Hct/Hgb _____ <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral			
Vision		2000	_____	_____	Health Education: (Check all discussed/handouts given)			
		1000	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Regular Physical Activity <input type="checkbox"/> Car Safety/Booster Seat <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Discipline/Limits/Rules <input type="checkbox"/> Passive Smoking <input type="checkbox"/> Helmets <input type="checkbox"/> School Readiness <input type="checkbox"/> Adequate Sleep <input type="checkbox"/> Dental Care <input type="checkbox"/> Other: _____			
Development		R 20/	_____	L 20/ _____	Assessment/Plan: _____ _____ _____ _____ _____			
Behavior		N	A					
Social/Emotional								
Mental Health								
Physical:		N	A	N	A			
General appearance		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	A		
Skin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>			
Head		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>			
Eyes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>			
Ears		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>			
Nose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>			
Oropharynx/Teeth		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>			
Neck		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>			
Nodes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>			
Describe abnormal findings and comments: _____ _____ _____ _____								
IMMUNIZATIONS GIVEN								
REFERRALS								
NEXT VISIT: 6 YEARS OF AGE				HEALTH PROVIDER NAME				
HEALTH PROVIDER SIGNATURE				HEALTH PROVIDER ADDRESS				

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (5 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests.

Tuberculosis Screen

Use clinical judgement. Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- Close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask about and followup on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire or the Denver II.

Yes No

Dresses without supervision.

Copies a cross.

Draws a person -- 3 parts.

Puts object "on," "under" "in front of," and "behind" when asked.

Skips and walks on tip toe.

Catches a bounced ball.

Names 4 colors.

Avoids eye contact.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any items, or even one of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 5 ЛЕТ
WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 5 YEARS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 5 ЛЕТ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ)

ИМЯ РЕБЕНКА	КЕМ ДОСТАВЛЕН	ДАТА РОЖДЕНИЯ		
АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА		
ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ		СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:		
<p>ДА НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ест разнообразную пищу.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может воображать себя кем-либо в играх.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок проявляет способность понимать чувства других.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Моему ребенку нравится ходить в школу/дошкольное учебное заведение</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок различает большинство букв и может писать некоторые из них.</p>				
ВЕС, КГ/УНЦИЙ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ		
<p><input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейной истории болезней</p>				
Обследования:	МГц	Прав.	Лев.	Питание _____
Слух	4000	_____	_____	Выделения _____
	2000	_____	_____	Сон _____
	1000	_____	_____	<input type="checkbox"/> Проверка карты прививок <input type="checkbox"/> Воздействие свинца
	500	_____	_____	<input type="checkbox"/> Фтористые добавки <input type="checkbox"/> Фтор-лак
Зрение	Прав. 20/ _____	Лев. 20/ _____	Норм. Отклон.	<input type="checkbox"/> Нт/Нгб (Гематокрит/ гемоглобин) <input type="checkbox"/> Tb (Туберкулез) <input type="checkbox"/> Направление к стоматологу
Развитие	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	Санитарное просвещение: (отметьте все обсужденные темы / выданные материалы)
Поведение	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Питание <input type="checkbox"/> Уход за детьми <input type="checkbox"/> Развитие
Социальное/ эмоциональное развитие	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Регулярные физические нагрузки <input type="checkbox"/> Автомобильные / детские сиденья
Психическое здоровье	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Дисциплина/ ограничения/правила <input type="checkbox"/> Пассивное курение
Физическое состояние:	Норм. Отклон.	Норм. Отклон.	_____	<input type="checkbox"/> Шлемы <input type="checkbox"/> Готовность к школе <input type="checkbox"/> Достаточный сон
Общий внешний вид	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Грудная клетка	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Уход за зубами <input type="checkbox"/> Другое: _____
Кожа	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Легкие	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Оценка/план: _____
Голова	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Сердечно-сосудистая система/пульс	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Глаза	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Живот	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Уши	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Половые органы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Нос	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Позвоночник	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Ротовая полость/зубы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Конечности	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Шея	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Неврологическое состояние	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Узлы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Походка	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Опишите обнаруженные аномалии и ваши замечания:				
<p>СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ</p> <p>НАПРАВЛЕНИЯ</p>				
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 6 ЛЕТ		ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ		
ПОДПИСЬ ВРАЧА		АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ		

Здоровье вашего ребенка в возрасте 5 лет

Важнейшие моменты

Как развивается ваш ребенок в возрасте от 5 до 6 лет

Берет на себя ответственность за уборку в своей комнате, помогает накрывать на стол и готовить еду.

Учится мыться в ванной или душе самостоятельно.

Начинает постигать навыки спорта и правил спортивных игр.

Сам завязывает шнурки.

Учится плавать.

Вы помогаете ребенку учиться всему новому, разговаривая и играя с ним.

Помощь или подробная информация

Навыки воспитания детей, дисциплина и поддержка в кризисных ситуациях:

Семейная справочная служба:

1-800-932-HOPE (4673);

Организация Family Resources Northwest («Ресурсы помощи для семей Северо-запада»):
1-888-746-9568;
Занятия в местных общественных колледжах.

Уход за детьми школьного возраста: Сеть ресурсов и направлений по уходу за детьми штата Вашингтон (Washington State Child Care Resource and Referral Network): 1-800-446-1114.

Физическое или сексуальное насилие над детьми, информация и поддержка:

Семейная справочная служба:

1-800-932-HOPE (4673).

Советы по сохранению здоровья

Продолжайте ежегодно водить ребенка на медицинские осмотры, проводимые врачом или медсестрой. После того, как ребенку будут сделаны прививки до поступления в школу, ему не понадобятся другие прививки, пока ему не исполнится 11-12 лет.

Приучайте ребенка ежедневно чистить зубы, используя зубную пасту, содержащую фтор, в количестве величиной с горошину. Возможно, ему будет требоваться ваша помощь, чтобы как следует вычистить все зубы. Обязательно водите его на профилактический осмотр к стоматологу не реже, чем раз в год.

Советы по воспитанию детей

Ешьте вместе как можно чаще, чтобы чувствовать связь с ребенком. Попробуйте выключить телевизор, отключить телефон и получать удовольствие от общения друг с другом.

Слушайте ребенка, когда он вам что-то говорит. Смотрите на него и уделяйте ему внимание. Затем ответьте ему или спросите, что он думает. Дайте ему понять, что для вас важно то, что он думает и говорит.

Поговорите с ребенком о том, как избежать сексуального насилия. Учите ребенка, чтобы он понимал, что такая частная жизнь и что некоторые прикосновения не являются нормальными. Он должен говорить «нет» и сообщать вам, если кто-то пытается причинить ему вред.

Ограничьте время пребывания ребенка у телевизора или за компьютером, чтобы у него было больше времени на книги и подвижные игры. Читайте книжки с рассказами и сказками вместе с ребенком каждый день. Чаще водите его на улицу, чтобы он мог играть.

Советы, касающиеся безопасности

Даже если ваш ребенок уже научился плавать, на нем всегда должен быть надет спасательный жилет при нахождении вблизи воды.

Всегда внимательно следите за ребенком на улице. Пока ребенку не исполнится 9 лет, езда на велосипеде по улицам или переход через дорогу без взрослого человека будет оставаться небезопасным для него занятием. Дети еще слишком малы, чтобы вести себя безопасно вблизи машин.

Учите ребенка, чтобы он **никогда** не прикасался к оружию. Если он найдет оружие, он должен немедленно сказать об этом взрослому человеку. Если вы держите огнестрельное оружие у себя дома, проверяйте, чтобы оно было разряжено, и заперто.